Faculdade de Medicina da Bahia

THESE

APRESENTADA A'

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

Em 31 de Outubro de 1912

PARA SER DEFENDIDA PUBLICAMENTE PELO DOUTORANDO

Ernandi de Campos Basto

NATURAL DO ESTADO DA PARAHYBA

Filho legitimo de Francisco Teixeira Basto
e D. Ida de Campos Basto

AFIM DE OBTER O GRÁO

DE

DOUTOR EM MEDICINA

DISSERTAÇÃO

CADEIRA DE CLINICA MEDICA

Das pneumonias espurias no adulto

PROPOSIÇÕES

Tres sobre cada uma das cadeiras do curso de sciencias medicas e cirurgicas

BAHIA
TYPOGRAPHIA DO "SALVADOR"— CATHEDRAL

1912

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

Director—Dr. AUGUSTO C. VIANNA
Secretario—Dr. MENANDRO DOS REIS MEIRELLES
Sub-Secretario Dr. MATHEUS VAZ DE OLIVEIRA

PROFESSORES ORDINARIOS

Os Drs.:	Cadeiras:
Manoel Augusto Pirajá da Silva	Historia natural medica e parasithologia
Pedro da Luz Carrascosa	Physica medica
Francisco da Luz Carrascosa	Chimica medica
Julio Sergio Palma	Anatomia microscopica
José Carneiro de Campos	Anatomia descriptiva
Pedro Luiz Celestino	Physiologia
Augusto Cesar Vianna	Microbiologia
Antonio Victorio de Araujo Falcão	Pharmacologia
Guilherme Pereira Rebello	Anatomia e histologia pathologicas
Fortunato Augusto da Silva Junior	Anatomia-medico-cirurgica com operações e apparelhos
Gonçalo Moniz Sodré de Aragão	Pathologia geral
José Eduardo F. de Carvalho Filho	Therapeutica
Luiz Anselmo da Fonseca	Hygiene
Josino Correia Cotias	Medicina legal
Anisio Circundes de Carvalho	Clinica Medica
Francisco Braulio Pereira	Clinica Medica
João Americo Garcez Fróes	Clinica Medica
Antonio Pacheco Mendes	Clinica cirurgica
Braz Hermenegildo do Amaral	Clinica cirurgica
Carlos Freitas	Clinica cirurgica
Clodoaldo de Andrade	Clinica ophtalmologica
Eduardo Rodrigues de Moraes	Clinica oto-rhino-laryngologica
Alexandre E. de Castro Cerqueira	Clinica dermathologica e syphiligraphica
Frederico de Castro Rebello	Clinica pediatrica medica e hygiene infantil
Alfredo Ferreira de Magalhães	Clinica pediatrica cirurgica e orthopedia
Climerio Cardoso de Oliveira	Clinica obstetrica
José Adeodato de Sousa	Clinica gynecologica
Luiz Pinto de Carvalho	Clinica psychiatrica e de molestias nervosas
Aurelio R. Vianna	Pathologia medica
Antonino Baptista dos Anjos	Pathologia cirurgica

PROFESSORES EXTRAORDINARIOS

Os Drs.:	Cadeiras:
Egas Muniz Barreto de Aragão	Historia natural medica e parasithologia
João Martins da Silva	Physica medica
Clementino Rocha Fraga Junior	Clinica medica
Adriano dos Reis Gordilho	Anatomia microscopica
José Affonso de Carvalho	Anatomia descriptiva
Joaquim Climerio Dantas Bião	Physiologia
Augusto de Couto Maia	Microbiologia
. . . . . .	Pharmacologia
Eduardo Diniz Gonçalves	Anatomia Medico-cirurgica com operações e apparelhos
Antonio do Prado Valladares	Pathologia geral
Frederico de Castro Rebello Koch	Therapeutica
José Aguiar Costa Pinto	Hygiene
Oscar Freire de Carvalho	Medicina legal
Caio Octaviano Ferreira de Moura	Clinica cirurgica
. . . . . .	Clinica ophtalmologica
Albino Arthur da Silva Leitão	Clinica dermatologica e syphiligraphica
Menandro dos Reis Meirelles Filho	Clinica obstetrica
Mario Carvalho da Silva Leal	Clinica psychiatrica e molestias nervosas
Antonio do Amaral Ferrão Muniz	Chimica analytica e industrial
. . . . . .	Chimica Medica.
. . . . . .	Anatomia e Histologia Pathologicas.

PROFESSORES EM DISPONIBILIDADE

Dr. Sebastião Cardoso
Dr. José E. de Castros Cerqueira
Dr. Deocleciano Ramo
Dr. José Rodrigues da Costa Doria

A Faculdade não approva nem reprova as opiniões exaradas nas theses pelos seus auctores

DISSERTAÇÃO

CADEIRA DE CLINICA MEDICA

Das pneumonias impurias no adulto

Considerações geraes

Sob a denominação impropria de congestões primitivas idiopathicas do pulmão os auctores francezes descrevem syndromos clinicos dependentes da infecção pneumococcica mais ou menos desviados da feição clinica habitual da pneumococcia pulmonar typica, isto é, a pneumonia lobar, franca, fibrinosa,

A denominação destes estados morbidos agudos e protopathicos do pulmão é ainda hoje varia e movel.

Tratadistas dentre os maiores autorisados como Woillez, Potain, Grancher, Queirat, Dieulafoy, Dupré, Landouzy, Renon, mantem a denominação classica de *congestões idiopathicas primitivas*, os italianos chamam pneumonias atypicas, Charcot chamava pneumonias abortivas, Grasset pneumonias ordinaes, o prof. A. Sodré da Faculdade do Rio, pneumonias espurias, o prof. Austregesilo pneumonias bastardas etc.

Entre nós o professor Clementino Fraga numa serie de lições clinicas sobre alguns casos do seu serviço, depois de applaudir a denominação de *pneumonias espurias*,

explica como e porque mantém a denominação de congestões primitivas, nos seguintes termos: «não vejo inconveniente serio na sua manutenção, não só pelo respeito á tradição de uma nomenclatura já feita, e, por tal mercê, familiar aos clinicos, mas tambem porque em nada póde soffrer com isto a significação etiopathogenica do estado morbido. E depois é a clinica franceza que, tendo edificado a syndrome clinica, mantém a denominação; são nos textos francezes, nos tratados que os senhores leem habitualmente, que a consagram com a epigraphe invariavel nos capitulos respectivos, e, pois não ha mistér contradizer obstinadamente numa simples questão de rotulo, uma vez que nem por tal succeder, a verdade anatomica irá escapar á apreciação e conhecimento dos que se occuparem do assumpto» (Rev. dos cursos e memoria apresentada ao Congresso Medico em Bello Horisonte).

Assim se exprime o nosso mestre, a quem a dois annos vimos acompanhando na 2.ª cadeira de clinica medica; entretanto, querendo considerar a razão anatomo-pathologica como a preponderante, pensamos que melhor e mais acertado será adoptar uma das denominações que diga do processo morbido, encarando a sua feição inflammatoria.

Adoptamos por isto a denominação de *pneumonias espurias*, que a nosso ver bem se enquadra na affecção,

até porque dá ao mesmo tempo a ideia do factor etiologico da molestia. De facto, sendo a conjestão primitiva idiopathica do pulmão ou pneumonia espuria uma verdadeira e indiscutivel pneumococcia, melhor se lhe ajusta a denominação que adoptamos.

O professor Austregesilo, da Faculdade do Rio, na 2.ª serie dos seus «Trabalhos Clinicos», considera *má a denominação* de congestões primitivas idopathicas, assim se exprimindo: «O que a escola franceza chama habitualmente congestão pulmonar idiopathica, congestão pulmonar molestia, ou, de accordo com a indole do nosso idioma, congestão doença, é um vicio de nomenclatura que encerra uma inverdade scientifica.» E adeante: «O que os autores francezes, como Dieulafoy, Renon, Carriere, Berger, Marfan, etc., chamam congestões pulmonares idiopathicas, são nada mais, nada menos que inflammações do parenchyma pulmonar, com ataque, ás vezes á pleura em que o elemento congestivo é sempre secundario, e subridiario em regra da infecção pneumococcica.

O decurso clinico, os signaes physicos, os symptomas geraes, e as raras autopsias feitas, denunciam sempre que ha processo inflammatorio do parenchyma pulmonar atacando o epithelio alveolar e o proprio estracto alveolar. Vale a pena repudiar de uma vez o nome de congestão doença e admittir as denominações de pneumo-

coccias anormaes (Carrière), pneumococcias thoracicas, attenuadas (Grasset), pneumococcias bastardas ou pneumonias bastardas, porque muitas vezes estas são teimosas, insidiosas, podendo ter tambem exito lethal.»

A questão da denominação tem, a nosso ver, plena importancia porque implica a questão etio-pathogenica. Como bem diz o proprio Professor Fraga, «não só o pneumococco de Talamon-Fraenkel tem sido verificado, depois que Grasset Carriére alludiram ao facto, e nós mesmo o encontramos em dois casos dos nossos como se tem encontrado nas raras necropsias praticadas um esboço de processo inflammatorio do endothelio alveolar e do tecido interalveolar, constituindo estas alterações o ponto forte em que se apoiam os que condemnam, por imprecisa, a denominação commum.»

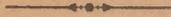
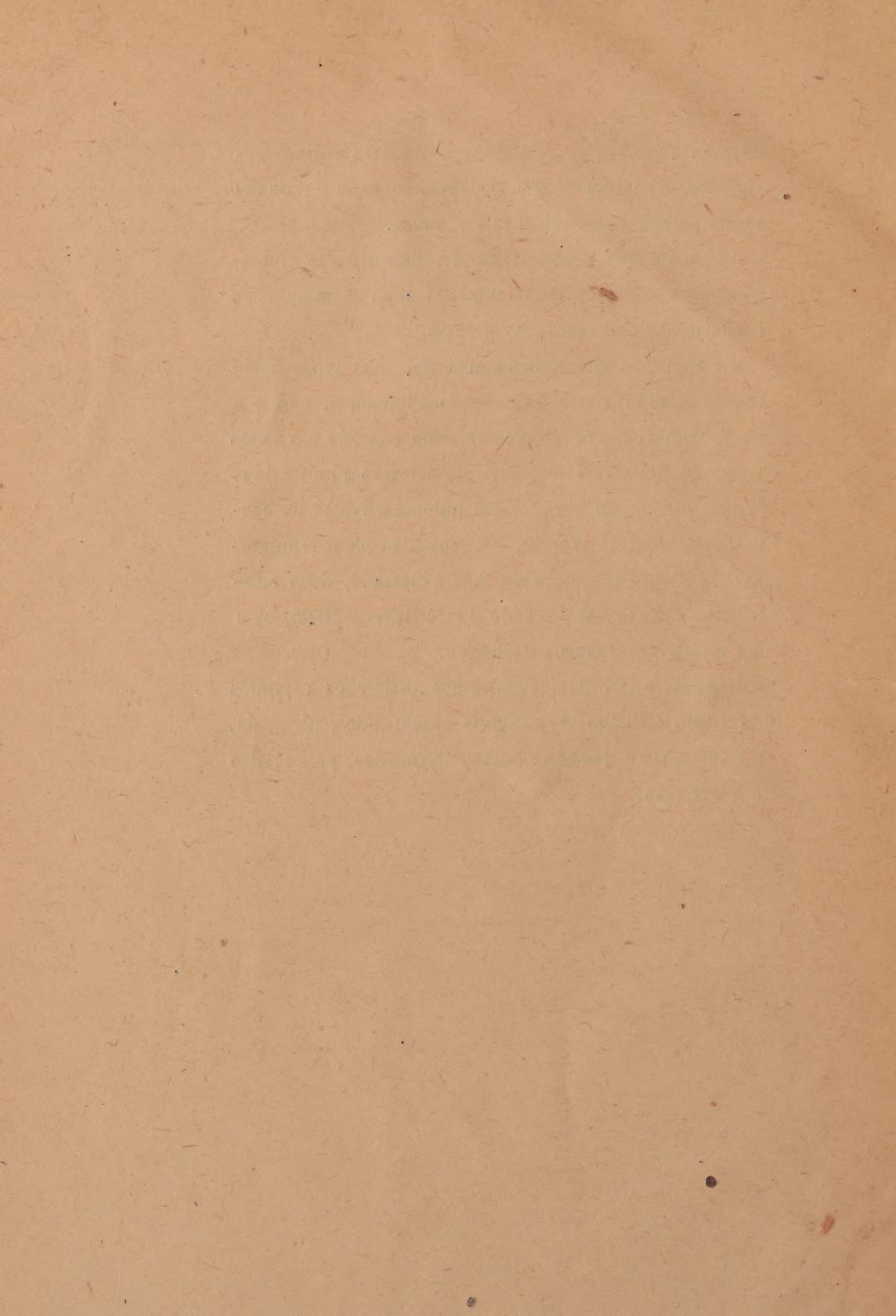
Pensa, entretanto, o mestre que a denominação de *congestões primitivas* é mais clinica, accrescentando, porém, dirigindo-se a seus alumnos de 1911: «fica-lhes, entretanto, a liberdade de conservar a denominação clinica, ou, caso lhes não satisfaça o motivo que apresento, optar por qualquer das outras, mais de accordo com a etiologia.»

E' no uso desta liberdade que nos insurgimos contra a nomenclatura da maioria dos autores francezes e entre nós perfilhada pelos Professores Fraga e Rocha Faria; por todas as razões até aqui apresentadas julgamos

de bom aviso adoptar a designação da *pueumonias espurias*, que dá, a um tempo, a idéa da etiologia e da anatomia pathologica da doença pulmonar.

As pneumonias espurias, são em uma palavra, pneumoccocias pulmonares desviadas do typo commum da localisação diplococcccica no pulmão.

Eis como as comprehendemos em seus typos habituaes, segundo a classificação que adoptamos, que é á do Professor Fraga, proposta o anno passado em suas lições de clinica medica. Esta classificação admitte duas formas principaes: a congestão pulmonar typica ou congestão doença, de Woillez, e a congestão pleuro-pulmonar ou pleuro-congestão de Potain-Serrand; duas subformas: a fluxão de peito de Dupré-Grasset-Dieulafoy e a congestão prolongada de Renon.

Segundo esta ordem resolvemos dividir os capitulos do nosso trabalho do seguinte modo: etio-pathogenia, classificações e formas clinicas, diagnostico, prognostico e tratamento.

Etio-Pathogenia

Diversas foram as theorias apresentadas para explicar a pathogenia das pneumonias espurias.

A primeira theoria apresentada foi a theoria «nervosa de Cornil.»

Mas antes de Cornil apresental-a, Moricheau — Beaupin já dizia que o frio fazia refluir o sangue da peripheria ao centro, accumulando-se na cabeça, thorax e abdomen.

E dizia tambem que tinha em favor da sua theoria os derrames observados nos cadaveres e a vermelhidão nas visceras. Tendo estas idéas de Moricheau—Beaupin despertado Cornil, este poz em evidencia o mechanismo da fluxão reflexa, e apresentou a theoria nervosa. Para explicar a sua theoria, Cornil dizia que, quando a pelle se resfriava bruscamente, dava-se a vaso-constricção dos vasos cutaneos, e pelo antagonismo existente entre os vasos cutaneos e visceraes, trazia como consequencia a fluxão compensadora.

Claude Bernard em uma das suas experiencias pro-

vou que certos nervos têm uma acção especial sobre os musculos dos vasos.

A physiologia experimental e a clinica, nos explicam o facto de certos phenomenos morbidos de um orgão, attacado de um processo inflammatorio, repercutirem sobre outros mais ou menos afastados.

Todas estas manifestações interpretadas pelos antigos sob a denominação de phenomenos sympathicos, é o que actualmente chamamos acção reflexa.

Appareceu como defensor d'esta theoria, Vulpian em 1887, e ao mesmo tempo Werstraeten que escreveu sobre o frio considerando como responsavel por muitas molestias. Em resumo, a theoria nervosa limita-se a dizer que a excitação das terminações nervosas periphericas transmittidas ao cerebro, inhibe o centro vaso-constrictor produzindo uma hyperhemia visceral. Como poderá a theoria nervosa sob o ponto de vista clinico nos explicar as congestões pulmonares cardiopathicas, as congestões traumaticas, as congestões que se produzem na diabete, no paludismo, e principalmente as que se produzem faltando o agente principal que ella invoca, a excitação peripherica pelo frio? Fazendo um estudo comparativo entre as pneumonias espurias e as congestões pulmonares cardiopathicas, notamos que, as pneumonias espurias têm u'a marcha cyclica em sua evolução, apresentam febre, fazendo despertar a presença de um elemento infectuoso;

ao passo que as congestões pulmonares cardiopathicas são completamente apyreticas, e não têm evolução cyclica.

E para combatermos a theoria de Cornil, ainda temos as lesões observadas nas pneumonias espurias, que não apresentam os mesmos caracteres que se notam nas lesões anatomo-pathologicas das congestões puramente mechanicas, como as que são provenientes das lesões adiantadas do coração.

Nas autopsias que são poucas nas pneumonias espurias, não se tem observado phenomenos de peri-arterite, de esclerose pulmonar e cellulas cardiacas; o que observamos nas congestões cardiopathicas, por perturbação da circulação de retorno.

A segunda theoria apresentada, foi a«theoria rheumatismal de Houdé.»

Houdé estudando as pneumonias espurias, observou que sua evolução era mais ou menos igual á do rheumatismo articular agudo.

Observou tambem que individuos atacados de rheumatismo articular agudo, tinham sempre como complicação as pneumonias espurias.

O que o levou acreditar que se tratava de uma affecção de ordem rheumatismal. O mais importante, é que, Houdé só estudava as pneumonias espurias em individuos com tara rheumatica.

Carriére diz que, baseando-se na theoria de Houdé,

começou a empregar para o tratamento das pneumonias espurias o salicylato de sodio, mas que nunca obteve o menor resultado, o que foi bastante para Carriére contestar a theoria de Houdé.

Em seguida appareceu a theoria catarrhal de Barthez Rilliet. Estes attribuiram a sua pathogenia a um catarrho.

Esta theoria é muito vaga e não satisfactoria, porquanto não explicaram a significação de catarrho. Porem se elles davam a significação de catarrho á flegmasia, tinham em parte razão. Mas na descripção da sua theoria, não elucidaram o que queriam dizer sob a denominação de catarrho, e acreditando que elles comprehendiam catarrho por flegmasia, tambem não explicaram a natureza d'esta flegmasia. Em vista de todos estes argumentos, não ha razão para acceitarmos tal theoria.

Depois de todas estas theorias, Woillez apresentou a da «febre ephemera». Woillez apezar de ter estudado profundamente essa entidade pathologica, não tem razão para de tal modo comprehender a pathogenia da molestia em questão. Elle acreditava que se tratasse de uma variedade de febre ephemera, mas observando o quadro clinico, vemos que a febre ephemera se nos apresenta de um modo insidioso, sem causa determinante, e ataca especialmente o tubo gastro intestinal, o que não observamos nas pneumonias espurias, principalmente no que

diz respeito à sua localisação, que é exclusivamente no pulmão.

Finalmente appareceu a theoria da chamada «pneumonia abortiva.»

Esta theoria recebeu varias denominações. Assim é que, em 1885 Marotte chamou-a «syncope pneumonica»; Parrot em 1871 de «febre herpetica»; Wunderlich em 1872 de «pneumonia ephemera» e Bernhein de «febricula pneumonica.»

Deram o nome de pneumonia abortiva pela semelhança existente entre os symptomas das pneumonias espurias com os da pneumonia aguda, excepto em relação a duração da molestia que é mais curta, e ao sopro que é menos intenso.

Mas existe grande semelhança em alguns signaes physicos e funccionaes.

Carriére baseando-se no quadro clinico da molestia de Woillez, notou que esta molestia tem um começo brusco, violento, e que apresenta calefrios, febre relativamente elevada, e evolução de quatro á cinco dias, isto é, apresenta uma evolução cyclica mais ou menos como na pneumonia.

Notou estes mesmos phenomenos, tanto no periodo de estado da molestia de Woillez como no da pneumonia. E, fazendo o exame da urina no periodo de estado d'estas duas molestias, observou que havia hyperazoturia, dimi-

nuição da taxa de chloruretos, phosphatos e acido urico, augmentando estes elementos no de defervescencia.

Pelo exame do sangue a hyperleucocytose, que é propria das molestias infectuosas. Todas estas observações levaram-no a acreditar que se tratava de uma molestia infectuosa. Acreditando que se tratava de uma molestia de origem microbiana procurou descobrir a causa d'esta infecção, para explicar a sua pathogenia, até então obscura. Começou a examinar os escarros dos doentes atacados de pneumonia espuria.

Pelos exames feitos elle encontrou pneumococcos, estreptococcos, estaphylococcos e um diplococco encapsulado, e affirmou logo a maior existencia de pneumococcos.

Apresentou-se logo Pausini dizendo que isto não era sufficiente, porquanto em suas pesquizas sobre as reacções bronchicas, encontrou na maioria de vezes o pneumococcos. Em vista desta objecção, Carriére levou mais longe as suas pesquizas, e fez puncções no pulmão, procurando de preferencia os focos congestivos. Retirado o liquido e feito o exame, elle chegou ao mesmo resultado, isto é, encontrou estaphylococcos e pneumococcos, apresentando-se estes isolados e em maior numero. Collocou tambem o liqudo em meios de cultura habituaes, e em 10 observações encontrou 8 vezes o pneumococco, sendo 4 vezes isolado, 3 associado ao estaphylo-

coccos e 1 as estreptocóccos; encontrou tambem uma vez o estaphylococco associado ao estreptococco, tendo somente uma vez resultado negativo.

Finalmente Carrière procurou estudar o gráo e a duração de virulencia dos pneumococcos. Para estudar o gráo de virulencia, elle praticou 10 inoculações com o liquido retirado do pulmão, no tecido cellular da orelha de coelhos. D'estas inoculações obteve o resultado seguinte: 7 vezes positivo, e 3 negativo, sem causar a morte dos animaes.

E para a duração da virulencia, elle fez outras experiencias e concluiu que o pneumococcos perde a sua virulencia entre o terceiro e quinto dia.

Foram estas experiencias que vieram confirmar a suspeita que Carrière tinha sobre a pathogenia da molestia, e que levaram-no a affirmar que era de origem pneumococcica

E foi esta theoria que veio explicar cathegoricamente a pathogenia da pneumonia espuria, e que hoje é acceita por todos os auctores modernos, tanto assim que elles a definem do seguinte modo: é uma molestia infectuosa produzida por um agente microbiano de virulencia attenuada, chamado diplococcus pneumoniæ ou pneumococcos de Talamon e Fraenkel.

Até bem pouco tempo acreditava-se que o pneumococco penetrava no organismo por via respiratoria, e ia

habitar no parenchyma pulmonar, onde elle esperava a opportunidade para o seu desenvolvimento, produzindo deste modo certos processos morbidos.

Em 1908 Lemierre, Arami e Jultrain, affirmaram que a pneumonia franca aguda e outras pneumopathias não eram mais do que a determinação sobre o pulmão, de uma previa infecção sanguinea.

Deste modo excluiram a pneumonia da classificação das affecções locaes, e collocaram na das molestias geraes.

A verdade, é que, o pneumococco penetra no organismo por via sanguinea, produzindo primeiramente uma pneumococcemia, para depois se localisar no pulmão e produzir uma pneumopathia.

Em relação a etiologia temos que considerar primeiramente a infecção pneumococcica, isto é, o pneumococcos como causa efficiente; em seguida, causas predisponentes, segundo nos têm demonstrado as observações, temos: a surmenage, as fadigas nervosas, as depressões moraes, e até mesmo certos estados pathologicos, como, a diabete, nephrite chronica, paludismo, gotta, molestias chronicas do systema nervoso, as cachexias, o cancro, e alem destas temos as infecções agudas como a grippe, a variola, a febre typhoide. Ainda temos as intoxicações, o alcoolismo, que muitos consideram como causa aggravante, debilita o organismo determinando perturba-

ções para as funcções de defesa do organismo. Como causas occasionaes temos o frio, que foi considerado por muito tempo como responsavel por tal molestia, tanto assim que existia o aphorismo, «frigus pneumoniæ unica causa est». Mas está patentemente provado que o resfriamento tem um papel puramente occasional. O traumatismo thoraxico tambem é uma destas causas. As estatisticas e as observações têm demonstrado que esta entidade morbida é muito mais frequente no inverno e na primavera, do que nas outras estações.

Este estado pathologico ataca aos dous sexos e a todas as idades, sendo que o masculino paga maior tributo, por se achar mais exposto ás intemperies da vida.

O PNEUMOCOCCO. — Sinonymia : Micrococcus Pasteuri; Streptococcus lanceolatus Pasteuri; Diplococcus pneumoniæ; Pneumococco de Talamon e Frankel; Coccuse lanceolatus; Baccillus salivaris septicus e Monas Pulmonal de Klebs.

Foi encontrado em Janeiro de 1881, por Pasteur, Roux e Chamberland, no sangue de coelhos mortos em 36 horas, por terem sido inoculados, com a saliva de uma creança victimada pela raiva, e em Março de 1881, encontraram tambem na saliva de tres creanças mortas de broncho-pneumonia.

Sternberg, affirma que antes de Pasteur, já tinha descoberto em Setembro de 1880, no sangue de um coelho

e que denominou diplococcos Pasteuri. Em 30 de Novembro de 1883, Talamon communicou á Sociedade Anatomica que tinha encontrado nos pulmões de doentes que haviam fallecido de pneumonia fibrimosa o diplococcus lanccolatus estudado por Pasteur,de forma elliptica, constituindo por dous coccos reunidos, cujas extremidades eram aguçadas, lanceoladas, razões pela qual deu o nome de coccus lanceolatus. Das culturas feitas, elle provocou em coelhos pneumonias acompanhadas algumas vezes de pleuriz e pericardite.

Em 1885 Frankel affirmou a identidade do diplococcos de Talamon, cultivou em meios solidos e descreveu os principaes, caracteres morphologicos.

Mas tarde appareceram Weichselbaunn. Netter, Jakowski, Tchistovich, Ortman, Santer e Banti, que vieram confirmar os estudos de Talamon e Frankel.

Morphologia — Os pneumoccocos de Talamon e Frankel, são coccos ellipticos de extremidades aguçadas, em forma de chamma de vela, ou semente de trigo, de 1.5 *m.* de comprimento sobre 1 *m.* de largura, ordinariamente associados em diplococcos, algumas vezes em cadeia e immoveis. E' caracterisado por uma capsula gelatinosa que os cerca.

Nos meios de cultura, artificiaes, como o caldo e a gelatina simples, esta aureola desapparece. Elle é facultativamente, aerobio e anaerobio. Toma o Gram, o que

differencia logo de outras especies e principalmente do pneumo-bacillo de Friedlander, e colora-se bem pelas cores de anilina.

Diversos processos são adoptados para a coloração d'este germen, assim é que, Ribbert manda mergulhar durante algum tempo os frottis em uma solução hydro-aceto-alcoolica, saturada á quente de violeta de dhalia e laval-os em seguida com agua. N'este caao os pneumococcos, apresentam-se coloridos em azul intenso e as capsulas em azul claro.

Pode-se colorir com o crystal violeta e a fuchsina diluida. Para a coloração especial das capsulas temos diversos processos, como sejam: o de Ribbert, de Gabbi, de Mac Conbrey e o Ziehl diluido, acido acetico á 1 % e solução hydro-alcoolica de violeta de genciana, e a formula do azul phenicado de Kuhne: azul de methyleno—1,50, alcool absoluto—10 cc.; deixa-se a preparação durante pelo menos cinco minutos em contacto com esta solução, depois observa-se, o microbio com a coloração azul escura e a capsula com a côr de flor de malva.

Meios de cultura.—A temperatura optima ao seu desenvolvimento é de 35° à 37°, fazendo notar que abaixo de 22° e acima de 42° não se desenvolve.

Os caracteres do pneumococco variam, conforme se observa retirado do organismo ou de meios de cultura, em que não existem elementos do sangue.

Elle se desenvolve muito bem no caldo peptonado, no leite, na gelose, no caldo ligeiramente alcalino, etc. N'estes meios o germen perde a capsula que o caracterisa.

Entre os meios de cultura o mais favoravel ao seu desenvolvimento é o serum do sangue do coelho, puro ou addicionado de agua esterilisada. N'este meio o seu desenvolvimento é grande mas a sua vitalidade é pequena e não dura mais de 8 dias. Quanto mais novo for o coelho maior será o seu desenvolvimento, diminuindo porem a sua vitalidade.

Alem destes meios de cultura, existem muitos outros que deixarei de citar, porquanto apenas faço uma ligeira descripção bacteriologica.

Classificações e formas clinicas

Grande confusão estabelecem os auctores na classificação das pneumonias espurias. Marfan estabelece tres formas: *congestão molestia* de Woillez; *congestão pleuro-pulmonar* de Potain; a *spleno-pneumonia* de Grancher; e considera as outras formas como secundarias. Mery classifica em quatro variedades clinicas: *congestão molestia* (Woillez) que elle chamou *congestão polmonar*, typo-pneumonico, e engloba a chamada *congestão polmonar da creança*, typo Cadet Gassicourt; a segunda variedade, é a *congestão subita* e generalisada dos pulmões (coup, de sang pulmonaire), que alguns dizem ter sido observada por Parmentier, e outros attribuem a Weill de Lyon; a terceira é a *spleno-pneumonia* de Grancher, estudada por Queyrat; a quarta é a *pleuro-pulmonar* de Potain, Serrand e Duflocq, e engloba a *fluxão de peito* creada pela Escola de Montpellier.

Carriére que dedicou-se muito a estes estudos, dividiu em quatro typos clinicos principaes: *molestia de Woillez*, chamada congestão molestia; *molestia de Potain*, tambem denominada *pleuro-polmonar; molestia de Grancher*,

Queyrat, que é conhecida pelo nome de *congestão pseudo-pleuritica* ou *spleno-pneumonia:* e a *congestão pulmonar da creança*, Cadet de Gassicourt.

Em 1905 o professor Renon estabeleceu sete typos clinicos.

1.º *Congestão pulmonar* (typo Woillez);

2.º *Congestão pleuro-pulmonar* (typo Potain e Serrand);

3.º *Spleno pneumonia* (Grancher, Queyrat);

4.º *Congestão subita pulmonar*, tambem chamada congestão proxystica e *golpe de sangue pulmonar* (typo Weill);

5.º *Cengestão pulmonar sem expectoração* (typo Renon);

6.º *Congestão pulmonar primitiva e prolongada* (typo L. Renon);

7.º *Fluxão de peito, catarrhal* (typo Duprè, Grasset, Dieulafoy);

O illustrado professor de Clinica Medica desta Faculdade, Clementino Fraga, quando tratou das pneumopathias, referiu-se a grande balburdia estabelecida entre os auctores, em relação a classificação das pneumonias espurias. Estas licções de clinica foram publicadas em 1912 na Revista dos Cursos da Faculdade.

Elle que por sua vez dedica-se tambem a estes estudos, estabeleceu uma classificação sob o duplo ponto de vista clinico e doutrinario. Duas formas principaes :

A congestão doença (typo Woillez) *cougestão pleuro-pulmonar* (typo Potain, Serrand); duas sub-formas: *fluxão de peito* (sub typo Dupré, Grasset Dieulafoy), e *congestão prolongada* (sub typo Renon). O Prof. Fraga considera a spleno-pneumonia como *pleuriz*, «em que o derrame foi reabsorvido, produzindo no lado doente um pachy-pleuriz».—opinião tomada ao notavel Professor Miguel Couto, do Rio de Janeiro, que diz ser o pleuriz em periodo terminal, e que as modificações observadas no pleuriz antes e depois da reabsorpção ou extracção do exsudato, são as mesmas na spleno-pneumonia».

No meio de todas estas classificações apresentadas tenho á notar que quasi todas são mais ou menos iguaes e têm algumas faltas. Assim é que a maior parte dos auctores considera a *fluxão de peito* como um typo independente, um processo distincto.

Quando tratar do estudo particular de cada fórma clinica, darei as razões mais minuciosas no que diz respeito a certos typos considerados como autonomos.

E analyzando todas estas classificações resolvi adoptar á apresentada pelo meu illustrado professor Dr. Clementino Fraga.

Molestia de Woillez—(Congestão molestia de Woillez).—Este typo clinico é muito mais commum nos homens que nas mulheres. Woillez, affirma que antes de sua manifestação, elle nos apresenta signaes premonitorios vagos.

Carrière diz que sua manifestação é brusca e violenta, que os signaes premonitorios vagos são raros, e quando manifestam-se os doentes não sabem explical-os. A verdade é que, o quadro clinico se estabelece de uma maneira brusca, violenta e sem antecedentes de prodromos.

Os symptomas principaes são: calefrios dispnéa, tosse, febre de 38 1/2 à 40, subindo rapidamente, pontada do lado, violenta, podendo ser sub um supermamaria e expectoração abundante. Alem deste temos os signaes physicos moveis e vagos, e os geraes.

Ampliação thoracica do lado doente, diminuição das vibrações thoraco vocaes, sub-matidez, respiração anomala, expiração prolongada, sopro ou respiração soproide, estertores crepitantes teleinspiratorios, estertores subcrepitantes, bronchophomia, echophonia e respiração pueril.

Os geraes são: perturbações disgestivas, dilatação cardiaca, leucocytose, augmento de volume do figado, diminuição de urina, albuminuria leve e augmento de uréa. Signaes estes que nos são fornecidos pelos methodos propedeuticos geraes.

Vamos agora entrar no estudo particular de cada um destes symptomas.

Clermont estudando a symptomatologia d'este typo disse que o calefrio era unico, podendo ser violento e prolongado. Mas, Carrière provou satisfactoriamente que

são multiplos, e que esta multiplicidade é um signal de grande valor para o diagnostico differencial com a pneumonia franca. Estes calefrios são mais ou menos eguaes aos calefrios pleuriticos, são verdadeiras horripilações cutaneas, repetindo-se em intervallos que variam de uma á quatro horas.

Juntamente com os calefrios, apparece a pontada do lado, que é de uma intensidade constante, apresentando semelhanças com a dôr plerodynica e com a nevralgia intercostal.

Geralmente se localisa no quarto ou quinto espaço intercostal, podendo ser observada rarissimas vezes na região hepatica, na linha axillar anterior ou posterior, propagando-se as vezes para a região de epigastro, appendice xiphoide e inserções costaes do diaphragma. Em geral é uma dôr aguda, continua e paroxystica, exagerando-se pelos movimentos respiratorios, pela tosse e pela percursão.

E quando a pontada é muito intensa, produz a dispnéa reflexa, de facil explicação, porquanto já sabemos que os movimentos respiratorios exasperam a dôr, pelo que o doente procura respirar pouco, porem em numero maior de vezes.

A dyspnéa é produzida por tres causas.

A primeira, dyspnéa reflexa, já explicada quando tratei

da pontada, é dependente da susceptibilidade nervosa do individuo.

A segunda depende da extensão do foco congestivo, diminuindo deste modo o campo da hematose, produzindo a « dyspnéa anhematosica. »

A terceira é attribuida por alguns auctores á acção das toxinas microbianas sobre os centros nervosos, produzindo a « dyspnéa toxica ». Mas esta acção que attribuem as toxinas não tem razão de ser, porque nós conhecemos o gráo de virulencia dos pneumococcos, na molestia de Woillez, que é attenuado, portanto incapaz de produzil-a. Na molestia de Woillez, a dyspnèa é quasi sempre pouco intensa, podendo entretanto augmentar a sua intensidade á ponto de produzir orthopnéa.

TOSSE.—E' um symptoma menos frequente que os anteriormente citados, ora existe e é continua, ora não existe, ao passo que a dyspnéa, a pontada e os calefrios são infalliveis, assim é que, Woillez diz que se pode considerar a não existencia deste symptoma, como uma das formas mas benignas da molestia. Em geral é pouco intensa e se nos apresenta secca, quintosa, continua, exasperando cada vez mais a pontada, é acompanhada de expectoração abundante (80 a 100 grms.) no periodo de defervescencia e se decompõe pelo repouso em duas camadas: uma superior e outra inferior.

A superior espumosa, pouco adherente ao vaso, as

vezes estriada de sangue; a inferior albuminosa, adherindo facilmente ao vaso, com um aspecto caracteristico semelhante á uma solução de gomma arabica mais ou menos diluida ou semelhante uma mistura de glycerina e agua, contem as vezes flocoes purulentos, sendo alguns destes ligados a presença de outros germens, como o estaphylococcos e o estreptococcos.

Febre.—Woillez quando estudou a pathogenia da molestia, disse que a febre era de caracter ephemero, o que foi combatido por muitos auctores.

Carrière e muitos outros, baseados em cbservações criteriosas, affirmam que a febre é constante, tem uma ascenção brusca e revela nos tres primeiros dias uma elevação de 38 $^1/_2$ á 40° com exacerbações vesperaes de 2 a 3 decimos, cahindo bruscamente do quarto para o quinto dia por crises e rarissimas vezes em lysis. A febre nas pneumonias espurias é de origem infectuosa.

Signaes physicos moveis e vagos.

Pela inspecção notamos o augmento do hemithorax doente ou de todo o thorax no caso de haver lesão nos dois pulmões. Mas, nem sempre notamos este augmento, e quando existe, desapparece bruscamente no periodo de defervescencia da molestia, á contrario do que se dá no pleuriz, que desapparece lentamente. Nota-se tambem uma certa immobilidade do hemithorax affectado, a in-

versão do typo respiratorio e algumas vezes phenomenos de *tiragem*, signal de grande gravidade.

PALPAÇÃO.—Pela palpação nos chama logo a attenção as vibrações thoraco-vocaes.

Woillez diz que a integridade ou a diminuição destas vibrações, mesmo quando existe sopro bronchico, é um signal de grande importancia para digtinguir as pneumonias espurias da pneumonia aguda.

Laennec manifestou-se contrario ao modo de pensar de Woillez, e diz que o fremito vocal não tem grande valor, porque muitas causas podem modificar e até mesmo fazel-o desapparecer. Monneret por sua vez foi contrario a opinião de Laennec. Outros auctores affirmam que as vibrações são pouco alteradas, e que na maior parte ficam normaes. Outros dizem que não estão normaes nem diminuidas e sim augmentadas.

Carriére affirma cathegoricamente que estão diminuidas e confirma a opinião de Woillez no que diz respeito à seu valor para o diagnostico differencial com a pneumonia. E, Carriére explica muito bem a diminuição do fremito dizendo que geralmente a zona de congestão é cercada por uma zona de emphysema que constitue verdadeiro papel vicariante, diminuindo assim as vibrações thoraxicas. Theoria que hoje é acceita por todos os auctores modernos

PERCURSÃO—A percursão nos revela sub-matidez mal

limitada, confundindo-se com o som normal, e predominando nos dois terços inferiores do pulmão, tornando-se mais accentuada do quarto para o quinto dia de molestia, para depois ir diminuindo lentamente até chegar á sonoridade normal.

Este symptoma foi tambem uma fonte de discussões entre os auctores que dedicaram-se ao estudo minucioso deste typo clinico.

Alguns affirmam que o som obtido pela percursão pode variar desde a sub-matidez mais ligeira até a matidez absoluta.

Woillez affirma ter notado em maior numero de vezes a matidez e até mesmo certo grão de tympanismo, que é motivado pela diminuição da abertura dos conductos aereos pelo engorgitamento sanguineo.

Sahindo da zona de sub-matidez, nós observamos um som exagerado, e o mesmo notamos para o lado do pulmão são, que cumpre uma funcção vicariante.

AUSCULTAÇÃO. — Pela auscultação observamos respiração anomala, ás vezes rude, descontinua, expiração prolongada, phenomenos estes mais audiveis na base, enfraquecimento no murmurio respiratorio, que Clermont attribue ao maior ou menor grão de intensidade da molestia.

«Quando a permeabilidade dos alveolos não está *in totum* compromettida, ainda se ouve, embora enfraquecido, o

pitantes, sendo estes mais frequentemente observados e principalmente no periodo de defervescencia.

Segundo Woillez e Potain, não existe estertores crepitantes. Porem, Carriére observou estes estertores em quasi todos os casos, e diz que para ouvil-os é bastante provocar a tosse ao doente. Observa-se tambem estertores humidos com pequenas bôlhas succedendo-se com intervallos regulares e continuos (*râles en chapelet* de Carrière).

A bronchophonia é excepcional, e quando existe não é franca. A echophonia nome dado por Carrière e estudada por Serrand, é um signal muito frequente e observado de preferencia no nivel do foco congestivo.

Carrière deu este nome a «articulação da voz immediatamente seguida de um sopro muito curto que parece um echo de som vocal,»

Entrando no estudo dos symptomas geraes temos as perturbações do apparelho digestivo provocadas pela febre; lingua saburrosa, anorexia, sede viva e constipações frequentes.

Para o lado do apparelho circulatorio encontramos o pulso dicroto geralmente pequeno e frequente (100 a 150) e se tem observado tambem deslocamento do coração nas pneumonias da base esquerda,

Alem destes, observa-se tambem, augmento de volume do figado, diminuição de urina, albuminuria leve, augmento de uréa, diminuição de phosphatos e chloruretos

murmurio vesicular, o que não se percebe quando existe o compromettimento completo dos alveolos, em que ha abolição completa, indicando assim maior intensidade da molestia de Woillez. » (Clermont).

Woillez tambem de referencia ao gráo de intensidade da molestia, affirmou que quando encontrarmos sonoridade tympanica, respiração sonora ou pueril, e respiração granulosa, trata-se de uma manifestação benigna, apesar da molestia ser benigna. Mas, a observação nos faz ir de encontro á este modo de pensar de Woillez, porquanto se tem observado estes mesmos signaes acompanhados de outros, em formas muito intensas. Encontramos tambem sopro ou respiração soproide, estertores crepitantes teleinspiratorios, estertores subcrepitantes ouvidos nos dois tempos da respiração, bronchophonia, echophonia, respiração pueril do lado são ou nas zonas não attingidas pelo processo morbido.

O sopro apresenta os seguintes caracteres; doce, velado, superficial, observado nos dois tempos da respiração, e è de uma extrema mobilidade. Torna-se mais ou menos intenso conforme o gráo de intensidade do foco congestivo. O sopro e a respiração soproide são frequentemente observados no nivel da raiz dos bronchios, na axilla e na zona em que se observa submatidez.

Em seguida temos os estertores crepitantes e sub-cre-

durante o periodo de estado e augmentando no de defervescencia, toxidez urinaria tambem diminuida no periodo de estado e elevando se no de defervescencia (crise urotoxica), dilatação cardiaca, leucocytose e outros signaes de menos importancia.

Molestia pleuro-pulmonar de Potain, Serrand (Congestão pleuro-pulmonar). — Este typo clinico tão bem estudado pelo professor Potain e seus discipulos Serrand e Dufiocq, está ligado as mesmas causas etio-pathogenicas do typo Woillez, havendo somente, alem da lesão pulmonar a participação da pleura. A molestia de Potain é mais rara do que a de Woillez.

Pela semelhança existente entre estes dois typos, muitas vezes torna-se impossivel fazer o diagnostico differencial, e só depois do terceiro ou quarto dia de molestia é que, podemos fazel-o, tendo em vista dois symptomas capitaes que nos são revelados pelos meios propedeuticos habitualmente empregados.

Estes symptomas tão importantes são: o derrame acompanhado de attrictos.

O typo Potain divide-se em dois periodos. O primeiro, é aquelle em que os phenomenos pulmonares predominam juntamente á crepitação pleural, é o periodo chamado *pleuro-pulmonar;* o segundo, é aquelle em que dominam os symptomas pleuraes, é o denominado *pleural puro.*

No periodo *pleuro-pulmonar* observamos a mesma symptomatologia que na molestia de Woillez, isto, é calefrios, febre, dyspnéa, tosse, pontada do lado, expectoração abundante, etc. com a crepitação pleural a mais.

No segundo, temos não só os phenomenos pulmonares como os pleuraes. As vibrações thoraxicas que para alguns auctores acham-se abolidas, estão diminuidas, principalmente no ponto em que se dá o derrame.

Matidez hydrica pronunciada, não se encontra skodismo; a zona de matidez nos revela pela escuta um duplo sopro inspiratorio e expiratorio, egophonia, pectoriloquia aphonica ou signal de Bacelli.

A evolução da molestia de Potain é mais longa que a da molestia de Woillez, é de 8 á 10 dias. Observamos tambem extertores crepitantes, sub crepitantes, expiração prolongada, sopro docè e velado, finas crepitações seccas e superficiaes. A crepitação pleural é sobretudo provocada pelos movimentos respiratorios forçados principalmente nas grandes inspirações. Pulso frequente, figado algumas vezes augmentado de volume, e outras vezes cahido por pressão do pulmão indurecido e pela presença do derrame. Finalmente notamos que existe apenas ligeiras variantes na zona do derrame, pelo que conclue-se que, a molestia de Potain não é mais do que a molestia de Woillez differenciando somente pela participação da pleura.

Fluxão de peito (Dieulafoy Grasset e Dupré). — Antes

da Escola de Montpellier e a de Tolosa apregoarem a existencia da *fluxão de peito*, já Cruveilhier descrevia uma forma especial de pleurodynia, acompanhada de febre e attricto pleural.

Woillez dizia que, uma congestão simples do pulmão coincidindo com uma nevralgia intercostal, simula muito bem a *fluxão do peito* de Dieulafoy. Dieulafoy diz que « a côtê des phlegmasies franches de l'appareil respiratoire, bronchite, pneumonie, pleurésie, il y a d'autres états morbides, mixtes et bàtards, dans lesquels les èléments hyperémique et phlegmasique sont diversement combinés et que, par un accord tacite, on avait nommés *fluxions.*» Pelo que esta entidade morbida não pode fazer parte do quadro nosologico como typo autonomo. Diz tambem em relação a sua etiologia que, pode ser uma manifestação de um estado geral, a que ella està ligada e apresenta como causa frequente a *grippe.*

O professor Dieulafoy diz que este typo constitue um estado morbido autonomo e ao mesmo tempo que pode ser uma manifestação de um estado geral; conclue-se que a *fluxão de peito* não pode ser considerada como um typo propriamente dito, e sim como uma *sub-forma.*

Penso que a *fluxão de peito* não é mais do que o typo Potain, apresentando sua symptomatologia mais intensa de accordo com a maior ou menor susceptibilidade do individuo.

A *fluxão de peito* é uma affecção aguda que se inicia por calefrios, febre, pontada do lado, augmentando a sua intensidade de accordo com a participação dos orgãos. Um caracter muito importante é o compromettimento de todos os planos do thorax e de algumas visceras nelle contidas. Internamente temos: bronchios, pleura, pulmão; extermente, camada muscular e tecido cellular. Em regra geral esta sub-forma manifesta-se como a molestia de Potain, que por sua vez è mais ou menos identica a de Woillez.

No seu inicio observa-se uma pleurodynia forte com ou sem hyperesthesia cutanea.

Os musculos intercostaes estão dolorosos e a dôr pode estender-se até aos musculos da região lombar e abdominal. Um outro elemento muito importante é o catarrho com a bronchite simultanea.

Este elemento juntamente com a pleurodynia e a participação dos planos thoraxicos, nos faz distinguil-a da molestia de Potain. Os symptomas geraes são identicos aos do typo Potain. A tosse é secca, quintosa, com expectoração abundante, e as vezes com estrias de sangue. A pontada do lado é forte e violenta; a dyspnéa é forte e está em relação com a pontada e a extensão da lesão; a febre é forte e attinge à 40°; e as vibrações thoraco vocaes estão diminuidas. Pela escuta notamos grossos attrictos pleuraes, estertores de bronchite, estertores crepitantes

e sub-crepitantes, não tão finos e seccos como os da pneumonia aguda, respiração soproide, constituida por um sopro doce, bronchophonia, pectolitoquia aphonica, e principalmente os signaes communs a molestia de Potain, que já foram descriptos. Pela percursão temos: matidez e em um certo ponto sub-matidez.

Molestia prolongada de Renon (Congestão pulmonar primitiva, lenta e prolongada de Renon). — Bundut chamou este sub-typo de congestão pulmonar chronica. Sua evolução clinica é extremamente lenta, e pode evoluir durante vinte, trinta, sessenta dias e mais.

Por causa de sua evolução longa, lenta e demorada, de seu emmagrecimento, e á persistencia da febre, nos faz pensar em uma tuberculose, principalmente quando a lesão se localisa no terço superior do pulmão.

As vezes pode simular uma variedade particular de broncho pneumonia, é a broncho pneumonia pseudo lombar com enterococcos, tão bem estuda por Rosenthal.

A molestia de Renon pode apresentar-se sob diversas variantes. Ella não é mais do que as formas precedentes, apresentando á mais uma evolução lenta e prolongada. Sua symptomatologia clinica é identica a das outras formas já descriptas, pelo que deixarei de cital-a. Esta evolução lenta e prolongada, está em relação com a maior ou menor virulencia do pneumococco.

A semelhança existente entre ella e a tuberculose, é

differenciada pelo exame bacteriologico, isto é, pela pesquiza do pneumococco ou do bacillo de Koch.

Não descrevo as outras variedades clinicas, consideradas por alguns auctores, como sejam : a spleno-pneumonia de (Grancher, Queyrat) ; a congestão subita do pulmão, tambem chamada congestão paroxystica e golpe de sangue pulmonar sem expectoração (typo Renon), não só para seguir um bom methodo em meu pequeno trabalho, como tambem não adopto esta classificação, e as considero como formas secundarias.

Tendo estudado mais ou menos as modalidades clinicas da classificação por mim adoptada, passarei ao estudo do diagnostico, prognostico e tratamento.

Diagnostico, prognotisco e tratamento

A molestia de Woillez se inicia bruscamente e sem antecedentes de prodromos, com calefrios multiplos, febre de 38 1/2 à 40°, pontada do lado, violenta, sub ou supermamaria, tosse secca e quintosa, dyspnéa, expectoração abundante, gommosa, com o seu aspecto caracteristico. Apresenta ampliação thoraxica do lado doente, sub-matidez com limites diffusos, predominando nos dois terços inferiores do pulmão, estertores sub-crepitantes, estertores crepitantes teleinspirotarios, diminuição das vibrações thoraco-vocaes, respiração rude e soproide, expiração prolongada, sopro doce e quasi sempre expiratorio, ligeira bronchophonia, echophonia, respiração pueril do lado são, e etc. . . Todo este quadro clinico é observado no *typo Potain*, apresentando apenas ligeiras variantes, que consistem na maior ou menor intensidade de alguns symptomas, como sejam : matidez, febre menos intensa, dyspnéa mais forte, fremito diminuido, que alguns auctores consideram abolido; egophonia e pectorloquia aphonica ou signal de Bacelli. Apezar desta seme-

lhança existente entre estes dois typos, o diagnostico differencial torna-se muito facil. Assim é que, na molestia de Potain temos a participação da pleura, que é revelada pela presença de attrictos pleuraes e ás vezes por um pequeno derrame que se reabsorve rapidamente.

A molestia de Woillez se distingue perfeitamente da fluxão de peito, pela ausencia da dor pleurodynica e pela invasão de todos os planos thoraxicos. Do sub-typo Renon, pelo modo lento e prolongado que este apresenta em sua evolução. Entremos no diagnostico differencial destas formas clinicas com outras affecções do apparelho respiratorio, que possam ser confundidas. A pneumonia franca apresenta grande semelhança com a forma clinica de Woillez. Na pneumonia o calefrio é um só e unico, emquanto que no typo Woillez são calefrios multiplos; a dyspnéa na pneumonia franca é muito mais intensa; e temos o sopro caracteristico da pneumonia, que é tubario, emquanto que na molestia de Woillez é bronchico. Os escarros pneumonicos são caracteristicos, e têm grande valor para o diagnostico. A principio a expectoração é mucosa, gommosa, estriada de sangue, tornando-se no terceiro dia côr de tijolo (rouillé). Os escarros pneumonicos são viscosos, adherentes ao vaso, e esta viscosidade é tambem um caracter de grande importancia.

Na molestia de Woillez os escarros apresentam o as-

pecto de solução de gomma arabica ou mistura de glycerina e agua.

A pneumonia tem uma evolução cyclica, durando geralmente de sete á nove dias, ao passo que na molestia de Woillez é de quatro á cinco dias.

A matidez pneumonica é notavel por dois caracteres: pela igualdade e pelo seu limite exacto. E' uma matidez homogenea, franca. Na molestia de Woillez, a percussão nos revela uma sub-matidez mal limitada. Na pneumonia os estertores crepitantes são seccos, finos e ouvidos no fim da impiração; estes estertores são pathognomonicos. Temos ainda na pneumonia um symptoma capital, que é o augmento das vibrações thoraco-vocaes, que são diminuidas na molestia de Woillez.

Uma outra affecção do apparelho respiratorio que apresenta semelhança nas suas manifestações clinicas com o typo Woillez, é a broncho-pneumonia.

A broncho-pneumonia não apresenta o inicio brusco e violento, como na molestia de Woillez. No typo Woillez, a febre no primeiro dia attinge o seu maior gráo, e na broncho-pneumonia ella só attinge depois de dois ou tres dias de molestia. A expectoração na broncho-pneumonia apresenta-se muco-purulenta, e a dyspnéa é muito mais intensa. Na molestia de Woillez, encontramos algumas vezes sonoridade normal ou augmentada; uma zona de sub-matidez mal limitada, que notamos

tambem na broncho-pneumonia. Mas, na broncho-pneumonia a sub-matidez apresenta limites mais precisos, que só são observados mediante um rigoroso exame. Pela escuta encontramos na broncho-pneumonia, o «ruido de tempestade»; um sopro ás vezes amphorico e tubario; estertores mucosos mais humidos. A broncho-pneumonia é de um prognostico mais grave. A broncho-pneumonia não tem uma evolução bem determinada, por causa da variabilidade de suas lesões anatomicas, dos seus symptomas e da sua etiologia.

A bronchite aguda tambem merece um estudo comparativo com a molestia de Woillez e com a de Potain. Na bronchite aguda a febre raramente alcança grào elevado, como nos dois typos em comparação.

A pontada do lado, não existe na bronchite; a tosse no principio é secca; e torna-se fluida no periodo de resolução; a expectoração é abundante, e no periodo de resolução apresenta-se muco purulenta e com uma cor amarella-esverdeada. Signaes estes que não encontramos com estas particularidades, na molestia de Woillez e na de Potain.

Na bronchite aguda não encontramos ampliação thoraxica; as vibrações thoraco-vocaes conservam-se normaes; e não encontramos sopro expiratorio. Os estertores da bronchite são seccos, sibilantes e sonoros.

Na molestia de Potain temos ás vezes um pequeno

derrame, que não encontramos na bronchite. A terminação destes dois typos clinicos, é brusca, a queda da temperatura é rapida, apresenta polyuria com o augmento da taxa dos chloruretos e muitos outros signaes, que já foram descriptos quando fiz o estudo particular destes dois typos.

A bronchite aguda não apresenta este quadro clinico, e termina sempre de um modo lento e prolongado.

A *bronchite capillar* tambem deve ser destacada, apezar de manifestar-se geralmente nas creanças, e rarissimas vezes no adulto. Ella apresenta alguns symptomas que são communs a molestia de Woillez e a molestia de Potain. Na bronchite capillar a dyspnéa é tão intensa que muitas vezes o doente apresenta symptomas de asphyxia. Esta dyspnéa tão forte e intensa, não é observanda a molestia de Woillez e na de Potain, salvo, em casos excepcionaes. Na bronchite capillar não se observa a pontada do lado, nem calefrios; sua expectoração é muco-purulenta, e não se nota tambem ampliação do hemithorax lesado.

A febre é que, apresenta a mesma marcha, a mesma evolução. O som pulmonar na bronchite capillar, permanece normal ou exagerado.

Os symptomas obtidos pela palpação são identicos.

Pela escuta, observamos na bronchite um ruido, chamado *ruido de tempestade*, que é caracterisado por estes-

tores de todos os tamanhos e de toda especie. Sua evolução se faz geralmente em seis dias; ao passo que, na molestia de Woillez se faz de quatro á cinco dias e na molestia de Potain é de oito á dez dias. Os phenomenos da bronchite capillar desapparecem lentamente, com uma convalescença lenta e prolongada. Com estes symptomas podemos fazer um diagnostico differencial entre a bronchite capillar e os typos clinicos da pneumonia espuria.

O diagnostico differencial com a *pleurodynia simples* e a *nevragia intercostal* aguda, torna-se muito facil, somente pela ausencia da febre, da tosse, da expectoração e de alguns signaes esthetos-copicos. A pleurodynia simples e a nevragia intercostal aguda, apresentam mais semelhança com a fluxão de peito de Dieulafoy. A nevralgia intercostal apresenta pontos de localisação classica, que são: apophyse espinhosa correspondente, linha axillar anterior e o angulo costo-esternal. Nas pneumonias espurias não existe esta localisação classica, e principalmente na sub forma de Dieulafoy, que a dôr ataca todos os planos thoraxicos.

O mais importante de todos estes symptomas, é a febre, que se apresenta em todas as modalidades clinicas das pneumonias espurias.

A pleurodynia e a nevralgia intercostal são apyreticas.

O signaes esthetoscopicos observados na molestia de

Woillez, na molestia de Potain e na fluxão de peito, não são constatados na pleurodynia simples e na nevralgia intercostal.

Conhecidos estes signaes, poderemos fazer o diagnostico differencial perfeitamente bem e seguro. E' tambem conveniente destacar a *molestia de Renon* da tuberculose pulmonar.

A molestia de Renon pode simular uma tuberculose, principalmente quando a localisação se faz no terço superior do pulmão. Ella apresenta uma evolução lenta e prolongada; o doente apresenta-se emmagrecido, em estado de miseria organica, e com febre persistente. Este quadro clinico faz suspeitar em uma tuberculose pulmonar.

O sub-typo Renon apresenta tambem outros symptomas, que já foram descriptos, quando tratei do estudo particular de cada modalidade clinica. Somente o exame bacteriologico poderá resolver o problema. Este exame reune-se na pesquiza do pneumococco nos exputos; na sua inoculação no camondongo; ou na pesquiza do bacillo de Koch. E só depois do exame bacteriologico, é que, podemos affirmar com toda segurança o diagnostico

Feito ligeiramente o diagnostico differencial das variedades clinicas da pneumonia espuria com algumas affecções do apparelho respiratorio, entremos no estudo do prognostico e tratamento.

PROGNOSTICO.—Pode-se dizer em geral que o prognostico das pneumonias espurias é benigno. E' necessario, entretanto, fazermos algumas excepções, e não devemos ser optimistas.

O alcoolismo, a tuberculose e a surmenage, assombram o prognostico. Num prognostico não se deve somente levar em conta a benignidade da molestia, deve-se tambem saber o estado de defesa organica do individuo, e prevêr alguma complicação. Carrière cita o caso de um individuo atacado da forma de Woillez, que veio a succumbir por ser um alcoolista inveterado.

O prognostico depende tambem do estado do coração. Huchard diz que «nas molestias agudas do apparelho respiratorio, a lesão está do pulmão, porém o perigo está no coração.»

TRATAMENTO.—Todas as variedades das pneumonias espurias têm o mesmo tratamento, que pode ser mais ou menos intenso, segundo o estado dos outros orgãos, o estado geral do doente e a extensão da lesão. O tratamento consiste em applicações therapeuticas, que podem ser geraes, locaes e externas. Estas applicações consistem :

1.º Diminuir a massa total do sangue;

2.º Luctar contra a paralysia dos vaso-motores pulmonares ;

a) por acção rflexa

b) por acção directa

3.º Tonificar o organismo.

Os meios empregados, são : ventosas seccas e sarjadas ou incisadas, sangria, banhos quentes de mãos e pés, simples ou sinapisados, fricções therebentinadas, sinapisação, cauterisação ignea e vesicatorio.

Muitos tambem empregam a balneação, banhos á 27°, quando a temperatura sobe á 40°. Esta pratica é contra-indicada, nos cardiacos, e sobretudo recommendada nas creanças. Emprega-se tambem as compressas thoraxicas frias e quentes (Priessnitz, Le Gendre) e as compressas sinapisadas (Henbner).

Romer, apresenta para o tratamento um soro-pneumococcico, que tem sido empregado por Cruz em injecções intra-pulmonares, mas não tem dado resultado.

O methodo da opsonisação (Wright) dos metaes colloidaes e do nucleinato de sodio, é de um resultado satisfactorio. Principalmente o electrargol em injecções intra-musculares, hypodermicas ou endovenosas, de 10 c. c. de 2 em 2 dias, ou de 5 c. c., diariamente.

Alem destes agentes therapeuticos, ainda temos a therapeutica symptomatica. Esta consiste no emprego dos ammoniacaes, das poções alcoolicas, das injecções de oleo camphorado, esparteina e cafeina, da quinquina na seguinte formula de Carrière:

Extracto de quinquina........ 4 grms.

Poções de Todd............ 150 grms.

dos saes de quinina, etc.

A esparteina e a cafeina servem para manter o coração —são dadas em dose cardio-tonicas.

São esses os meios de que dispomos para o tratamento, no caso de não apparecer no curso da molestia uma complicação.

PROPOSIÇÕES

Tres sobre cada uma das cadeiras do curso de sciencias medicas e cirurgicas

PROPOSIÇÕES

ANATOMIA DESCRIPTIVA

I

Os pulmões em numero de dois, direito e esquerdo, são os orgãos essenciaes da respiração.

II

O pulmão direito divide-se em tres lóbos: superior, medio e inferior; o esquerdo em dois: superior e inferior.

III

Os lobulos pulmonares da creança são faceis de isolar, ao passo que os do adultos são difficeis.

HISTOLOGIA

I

O pulmão é formado pela associação de diversos tecidos (conjunctivo, elastico, epithelial, etc.)

II

No pulmão encontra-se materias albuminoides, extractivos e mineraes.

III

Num corte transverso de um lobulo pulmonar, distingue-se tres partes: uma central, uma peripherica, e uma zona media denominada pelo professor Grancher de *espaço alveolar*.

CHIMICA MEDICA

I

O oxygenio é um metalloide, incolor, inodoro e sem sabor.

II

Elle entra na composição do ar.

III

Sem oxygenio não podemos viver.

HISTORIA NATURAL MEDICA

I

A quina é extrahida da familia das Rubiaceas, genero Cinchona.

II

Dos alcaloides fornecidos por esta familia, os mais importantes são: a quina, a cafeina e a emetina.

III

Divide-se geralmente as Rubiaceas em duas sub-familias: coffeaceas e chinchoneas; estas sub-familias subdividem-se em tribus.

BACTERIOLOGIA

I

O pneumococco é o germen responsavel pelas pneumonias.

II

Desenvolve-se em todos os meios de cultura e toma o Gram.

III

Penetra no organismo por via sanguinea.

ANATOMIA E PHYSIOLOGIA PATHOLOGICAS

I

Na pneumonia espuria os pulmões augmentam de volume, sua superficie apresenta-se vermelha, violacea e algumas vezes semeada de pequenas echymoses.

II

Sua consistencia é mais forte do que a do pulmão normal; crepita em todas as suas partes, e esta crepitação é surda e menos distincta nas partes congestas.

III

Nos pulmões atacados de pneumonia espuria, existe ectasia vascular, e um inicio de processo inflammatorio no endothelium alveolar e no substratum interalveolar.

PHYSIOLOGIA

I

A respiração tem por fim a penetração na economia, de oxygenio necessario aos processos de oxydação, e a eliminação de acido carbonico formado pela nutrição.

II

Ella pode ser interna e externa.

III

A interna consiste na mudança gazosa entre o sangue dos vasos capillares da grande circulação, com os elementos histologicos dos tecidos; a externa, na mudança dos gazes da athmosphera com os gazes do sangue dos orgãos respiratorios (hematose).

THERAPEUTI CA

I

Os metaes colloidaes têm grande emprego nas molestias infectuosas.

II

Principalmente o «electrargol» em injecções intra-musculares, hypodermicas ou endovenosas.

III

Este medicamento é de real proveito nas pneumonias espurias.

HYGIENE

I

O grão de natalidade indica o de civilisação de um povo.

II

Diversas são as causas que concorrem para a natalidade.

III

As alterações artificiaes e expontaneas do leite, têm uma importancia consideravel sobre a saude infantil.

MEDICINA LEGAL E TOXICOLOGIA

I

Os pulmões que não respiraram, são mais pesados que a agua.

II

Os que respiraram, conservam o ar que n'elles penetrou.

III

Estes dados servem de base a docimasia pulmonar hydrostatica.

PATHOLOGIA CIRURGICA.

I

Os aneurismas são tumores sanguineos.

II

Elles desenvolvem-se nas arterias e nas veias.

III

Os aneurismas arterio-venosos, são os que têm communicação com a arteria e a veia.

OPERAÇÕES E APPARELHOS

I

A decorticação do pulmão consiste em desembaraçal-o da camada espessa que o envolve, nos casos de pleuresias purulentas antigas.

II

A pneumotomia é indicada nos casos de abcessos, fócos de gangrena, e etc.

III

A pneumectomia consiste na resecção de um fragmento do pulmão.

ANATOMIA MEDICO-CIRURGICA

I

A pleura é uma membrana serosa que forra a face interna da parede thoraxica e a superficie externa do pulmão.

II

Existe uma pleura direita e outra esquerda, que estão separadas na linha mediana por um espaço chamado mediastino.

III

A pleura cortal continua-se directamente com a pleura mediastina.

CLINICA CIRURGICA (1.ª CADEIRA)

I

A pleurotomia consiste na abertura da cavidade pleural,

II

Ella se faz com ou sem resecção costal.

III

Nos casos de pleuresias generalisadas, pratica-se a thoracotomia.

CLINICA CIRURGICA (2.ª CADEIRA)

I

A enterotomia é a operação que consiste na abertura do intestino.

II

Na extracção de um corpo extranho ou de um calculo, toma o nome de thalha intestinal.

III

Ella requer a anesthesia do paciente.

PATHOLOGIA MEDICA

I

A pneumonia espuria é uma molestia infectuosa, produzida por um agente microbiano de virulencia attenuada, chamado diplococcus pneumoniæ ou pneumococco de Talamon e Fraenkel.

II

Ella apresenta duas formas principaes e duas sub-formas.

III.

As principaes são: molestia de Woillez e molestia pleuro-pulmonar de Potain-Serrand; as duas sub-formas:

fluxão de peito Dieulafoy e molestia prolongada de Renon.

CLINICA PROPEDEUTICA

I

A escuta, a palpação e a percursão, são de grande importancia para um diagnostico.

II

Nas pneumonias espurias è imqortante o exame bacteriologico dos escarros ou do liquido pulmonar extrahido por punção.

III

As modificações das vibrações thoraco-vocaes tambem têm grande importancia.

CLINICA MEDICA (1.ª CADEIRA)

I

Na molestia de Woillez, as vibrações thoraxicas estão diminuidas.

II

Na molestia de Potain, ellas desapparecem no ponto em que se dà o derrame.

III

A dyspnéa està em relação com a dôr e a extensão da lesão.

CLINICA MEDICA (2.ª CADEIRA)

I

A nevralgia intercostal e a pleurodynia simples, se distinguem facilmente das pneumonias espurias.

II

A pneumonia lobar tambem é uma molestia produzida pela pneumococcus de Talamon e Frankel.

III

No tratamento das pneumonias, deve-se attender mais ao estado geral do doente, que ao estado local.

MATERIA MEDICA, PHARMACOLOGIA E ARTE DE FORMULAR

I

Xaropes, são soluções medicamentosas, de consistencia pouco fluida, contendo approximadamente os dois terços de seu peso de assucar.

II

Elles se dividem em duas classes: xaropes simples e compostos.

III

Os compostos depois de sua preparação são sub-divididos em: xaropes por infusão, digestão e distillação.

OBSTETRICIA

I

Dá-se o nome de delivramento, a expulsão natural ou artificial dos annexos do féto (placenta, membrana e cordão).

II

O delivramento expontaneo se faz em tres tempos.

III

O primeiro, consiste no descollamento da placenta; o segundo, na penetração dos annexos na vagina; o terceiro, na expulsão pelos orgãos genitaes externos.

CLINICA OBSTETRICA E GYNECOLOGICA

I

O parteiro deve intervir toda vez que, pela ausculta do coração, notar que o féto soffre.

II

Os ruidos procedentes do féto são: ruidos de choque, ruidos do coração e ruidos de sopro.

III

Os ruidos de sopro fétal, ouvidos no nivel do coração, são chamados *sopro cardiaco*, e no nivel dos vasos do cordão, de *sopro umbilical* ou *funicular*.

CLINICA PEDIATRICA

I

A coqueluche é uma molestia especifica, contagiosa, epidemica, attingindo de preferencia as creanças.

II

Ella predispõe á tuberculose.

III

A hygiene tem grande papel no seu tratamento.

CLINICA OPHTALMOLOGICA

I

Blepharoptose é a queda completa ou incompleta da palpebra superior.

II

A paralysia do motôr ocular commum, é uma das causas mais frequentes na producção das ptoses palpebraes.

III

O tratamento varia segundo a sua causa.

CLINICA SYPHILIGRAPHICA E DERMATOLOGICA

I

A pneumopathia syphilitica attinge de preferencia o pulmão direito.

II

Em regra geral, manifesta-se de modo tardio.

III

As lesões syphiliticas do pulmão localisam-se de preferencia no terço médio ou inferior.

CLINICA PSYCHIATRICA E DE MOLESTIAS NERVOSAS

I

A monoplegia, é a paralysia de um membro, ou de certas regiões nervosas ou musculares isoladas (monoplegia parcial).

II

Ella divide-se em: superior (monoplegia brachial ou cervical), e inferior (monoplegia lombar).

III

Uma monoplegia, pura ou associada, começa muitas vezes pelos symptomas de uma hemiplegia.

Visto.

Secretaria da Faculdade de Medicina da Bahia em 5 de Novembro de 1912.

O Secretario,

Dr. Menandro dos Reis Meirelles.

ERRATA

Pagina	Linha	Onde se lê	Leia-se
I	11	mantem	mantêm
II	18	a	ha
III	8	idopathicas	idiopathicas
9	16	Coccuse	Coccus
9	17	Pulmonal	Pulmonale
10	4	fibrimosa	fibrinosa
10	5	lanccolatus	lanceolatus
10	6	constituindo	constituido
20	7	digtinguir	distinguir
22	18	,	:
23	18	;	:
28	3	pectolitoquia	pectoriloquia
31	18	pectorloquia	pectoriloquia
33	11	impiração	inspiração
35	15	observanda	observada
35	15	a	na
48	14	cortal	costal